

Summary of Services and Cost Shares

Non-Kaiser benefits are not covered, except in emergencies.

Benefits shown are for services through a Kaiser provider. Benefits provided under the Kaiser Plan follow the terms and conditions of an Evidence of Coverage (EOC). You may contact UNITE HERE HEALTH or Kaiser Permanente Member Services for a copy of your Plan's EOC.

Your Cost Share is the amount of the Allowable Charge for a Covered Service that you are responsible for. Cost Shares are either Copayments (a flat dollar amount) or Coinsurance (a percentage of Allowable Charges).

This is a summary of the benefits payable under the Kaiser Permanente HMO. If there are any conflicts between this summary and the contract with Kaiser, the contract will govern.

Effective: 06/01/2019 • Vigente a partir del: 06/01/2019

Kaiser Permanente HMO	
Calendar Year Deductible	\$0
Office Visits	You Pay
Preventive Care	\$0
Primary Care Provider (PCP) Visit <i>(including mental health/substance abuse visits)</i>	\$25 20% for procedures performed during an office visit
Specialist	\$35 20% for procedures performed during an office visit
Emergency and Urgent Care	You Pay
Urgent Care Center (UCC)	\$50 20% for procedures performed during the visit
Emergency Room (ER) <i>(copay waived if admitted)</i>	\$250 20% for labs and advanced imaging
Ambulance	\$150

Resumen de Servicios y Participación en los Costos

Beneficios fuera de la red Kaiser no están cubiertos, excepto en emergencias. Beneficios indicados son proporcionados para servicios dentro la red Kaiser. Los beneficios proporcionados bajo los plan de Kaiser cumplen con los términos y condiciones de la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, o EOC). Puede comunicarse con el Departamento de Servicios a los Miembros de Kaiser Permanente o con UNITE HERE HEALTH para obtener una copia del EOC de su Plan.

Su Participación en los Costos son los Cargos Admisibles correspondientes a un Servicio Cubierto del que usted es responsable. La Participación en los Costos pueden ser copagos (un cargo fijo en dólares) o un coseguro (un porcentaje de los Cargos Admisibles).

Este es un resumen de los beneficios que se pagan bajo la HMO Kaiser Permanente. En caso de que hubiera conflictos entre este resumen y el contrato con Kaiser, el contrato regirá.

Kaiser Permanente HMO	
Deducible por Año Calendario	\$0
Visitas a la Clínica	Usted Paga
Atención Preventivo	\$0
Visita del proveedor de atención primaria (PCP) <i>(incluyendo las visitas de salud mental/abuso de sustancia)</i>	\$25 20% para procedimientos realizados durante una visita al consultorio
Especialista	\$35 20% para procedimientos realizados durante una visita al consultorio
Servicios de Emergencia y Atención de Urgencias	Usted Paga
Centro de Urgencias	\$50 20% para procedimientos realizados durante la visita
Sala de Emergencias (ER) <i>(sin copago si es admitido)</i>	\$250 20% para laboratorios e imágenes avanzadas
Ambulancia	\$150

For benefit questions, call Kaiser:

1 (844) 639-8657

Para preguntas sobre beneficios, llame a Kaiser

For all other questions, call your health fund:

(833) 637-3519

Para todas las otras preguntas, llame a su fondo de salud

UNITE HERE
HEALTH
Our Health Fund.



Lab and Imaging	You Pay	
Laboratory Services	Office \$0	Hospital Outpatient 20%
Diagnostic Radiology (X-ray)	\$0	
Diagnostic Imaging (CT, MRI, PET), Cardiac Testing	20%	
Outpatient Services	You Pay	
Outpatient Surgery	20%	
Physical/Speech/ Occupational Therapy	\$25 <i>Limited to 20 visits/year for each type of therapy</i>	
Inpatient Services	You Pay	
Hospitalization <i>(including mental health/ substance abuse)</i>	20%* *\$0 cost-sharing for maternity	
Skilled Nursing Facility	20% <i>Limited to 100 days/year</i>	
Other Care and Expenses	You Pay	
Home Health Care	\$0	
Hospice Care	\$0	
Medical Equipment for Home Use	20%	
Most Non-Network Medical Benefits	Not covered, except urgent and emergency care	
Out-of-Pocket Spending Limit	You Pay	
Once your costs reach the limit in a calendar year, <i>(excluding certain charges — see the Kaiser EOC for more information)</i> , benefits will be paid at 100% for the rest of the calendar year.	\$3,500 per person or \$9,400 per family	

Laboratorio y Exámenes por Imágenes	Usted Paga	
Servicios de Laboratorio	Consultorio \$0	Paciente Ambulatorio 20%
Diagnóstico por Radiología (Rayos X)	\$0	
Diagnóstico por imagen (CT, MRI, PET), pruebas cardíacas	20%	
Servicios Ambulatorios	Usted Paga	
Cirugía Ambulatoria	20%	
Terapia Física, del Habla o Ocupacional	\$25 <i>Limitado a 20 visitas/año por cada tipo de terapia</i>	
Servicios con Hospitalización	Usted Paga	
Hospitalización <i>(incluyendo salud mental/ abuso de sustancias)</i>	20%* \$0 de costos compartidos para la maternidad	
Instalaciones de Enfermería Especializada	20% <i>Limitado a 100 días/año</i>	
Otro Cuidado y Gastos	Usted Paga	
Atención a la Salud en el Hogar	\$0	
Cuidados Paliativos (Hospicio)	\$0	
Equipo Médico para Uso en el Hogar	20%	
La mayoría de los beneficios médicos que no pertenecen a la red	Sin cobertura, excepto atención urgente y de emergencia	
Límite de gastos directos	Usted Paga	
Una vez que alcance sus gastos directos en un año calendario, <i>(excluyendo ciertos cargos, consulte la EOC de Kaiser para más información)</i> , los beneficios se pagarán al 100% para el resto del año calendario.	\$3,500 por persona o \$9,400 por familia	

This is an easy-to-read summary and does not include all benefits. If there is a conflict between this summary and your plan documents, then your plan documents are correct. For more details about your benefits or to find out which treatments/services require prior authorization, please refer to your Summary Plan Description (SPD) or call us.

Este es un resumen fácil de leer y no incluye todos los beneficios. Si hay conflicto entre este resumen y los documentos de su plan, entonces los documentos de su plan son los correctos. Para obtener más detalles sobre los beneficios o para informarse sobre cuáles tratamientos/servicios requieren autorización previa, por favor consulte la Descripción resumida del plan (Summary Plan Description o SPD) o llámenos.